



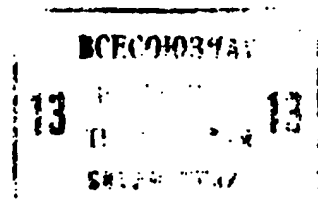
СОЮЗ СОВЕТСКИХ  
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ  
РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1371689 A1

(51)4 A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР  
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

# ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ И АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ



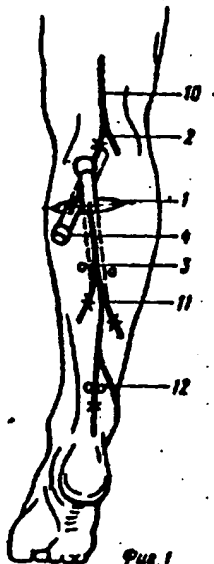
- (21) 4040419/28-14  
(22) 20.03.86  
(46) 07.02.88. Бюл. № 5  
(71) 1-й Московский медицинский институт им. И.М.Сеченова  
(72) Г.И.Лукомский, Е.С.Наговицын и Н.П.Балясников  
(53) 616.147.3-007.64-089(088.8)  
(56) Hauer J. Die endoskopische subfasziale Diszision der Perforansvenen - vorläufige Mitteilung. - Vase Bond 14, 1985, Hefte, s. 59-61.

Тальман И.М. Варикозное расширение вен нижних конечностей. - М., 1961, с. 100-101.

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

(57) Изобретение относится к сосудистой хирургии. Цель изобретения - снижение травматичности, обеспечение гемостаза и улучшение косметического эффекта. Из поперечного разреза в

средней трети голени обнажают наружный листок собственной фасции, образующий заднюю стенку канала Пирогова 1. Выделяют и пересекают малую подкожную вену 2. Выделяют и коагулируют коммуникантные вены задней группы. Эндоскоп 4 проводят снизу вверх субфасциально. Коагулируют коммуникантные вены в верхней и средней трети голени. Эндоскоп проводят по направлению медиальной лодыжки и коагулируют коммуникантные вены медиальной и передней групп. Центральный конец малой подкожной вены выделяют субфасциально до места впадения в подколенную вену 10, перевязывают и отсекают. Дистальный конец малой подкожной вены выделяют до истока и пересекают. Коагулируют боковые венозные столы 11 и коммуникантные вены 12, отходящие от малой подкожной вены. 2 ил.



(19) SU (11) 1371689 A1

BEST AVAILABLE COPY

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано при лечении варикозного расширения вен.

Цель изобретения - снижение травматичности, обеспечение гемостаза и улучшение косметического эффекта за счет выполнения радикального вмешательства с использованием эндоскопа.

На фиг. 1 изображен этап оперативного вмешательства на венах задней поверхности голени; на фиг. 2 - подход и манипуляции с помощью тубуса эндоскопа к венам медиальной поверхности голени.

Способ осуществляют следующим образом.

Из поперечного разреза кожи и подкожной клетчатки длиной 5-6 см в средней трети голени по задней поверхности с переходом на медиальную обнажают наружный листок собственной фасции, образующий заднюю стенку канала Пирогова 1. Кожно-клетчаточные лоскуты пальцем отсепааровывают в дистальном и проксимальном направлениях. В продольной оси голени на протяжении 4-5 см вскрывают канал Пирогова, выделяют малую подкожную вену 2, пересекают. Концы ее лигируют. Производят отделение вены от медиального кожного нерва. Круговыми движениями пальца фасцию голени отделяют от мышц, выделяют, под визуальным контролем коагулируют или перевязывают две-три коммуникантные вены 3, соединяющие малую подкожную вену и ее ветви с венами икроножной мышцы. Таким образом обрабатывают коммуникантные вены задней группы. Конечность фиксируют в возвышенном положении и эндоскоп 4 проводят сзади наперед и снизу вверх субфасциально по направлению к бугристости большеберцовой кости. Коагулируют коммуникантные вены Бада 5, расположенные в верхней трети голени, коммуникантные вены средней трети голени 6. Конечность сгибают в коленном суставе и эндоскоп субфасциально проводят по направлению медиальной лодыжки. Коммуникантные вены медиальной группы (вены Кокетта) 7 выявляют и коагулируют. Коммуникантные вены передней группы 8, соединяющие боковые ветви большой подкожной вены 9 и передние большеберцовые вены, видны через фасцию. Производят надсечение фасции и коа-

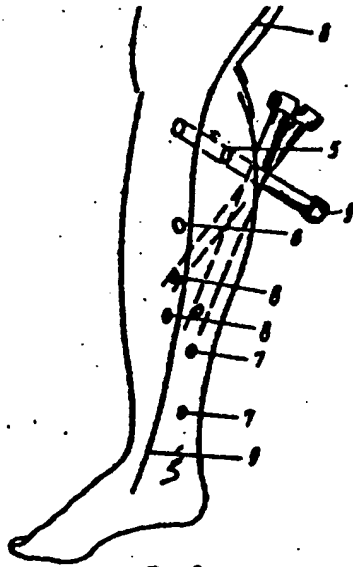
гуляцию вен. Центральный конец малой подкожной вены фиксируют щипцами, проведенными через тубус эндоскопа, выделяют субфасциально до места впадения в подколенную вену 10, перевязывают и отсекают. Дистальный конец малой подкожной вены фиксируют щипцами, проведенными через тубус эндоскопа и путем подкожного проведения эндоскопа выделяют до истока (до латеральной лодыжки) и пересекают. Одновременно коагулируют боковые венозные стволы 11 и коммуникантные вены 12, отходящие от малой подкожной вены.

Пример. Больная Е. поступила в клинику по поводу варикозного расширения вен правой нижней конечности. При проведении функциональных проб и флебографии выявлена клапанная несостоятельность коммуникантных вен медиальной и задней групп. Оперирована под наркозом: большая подкожная вена удалена от устья до медиальной лодыжки по Троянову-Бэбкоку-Нарату. Из поперечного разреза в средней трети голени длиной 6 см рассечена кожа, подкожная клетчатка, продольным разрезом вскрыта фасция, выделена, пересечена и перевязана лавсаном малая подкожная вена. Субфасциально под контролем эндоскопа коагулированы три коммуникантные вены задней группы верхней и средней трети голени, коагулированы две коммуникантные вены медиальной группы. Выделена одна коммуникантная вена, идущая от икроножной мышцы к малой подколенной вене, перевязана лавсаном и пересечена. Центральный конец малой подкожной вены удален через эндоскоп субфасциально до подколенной вены с перевязкой центрального конца лавсаном. Дистальный конец малой подкожной вены эпифасциально тунированием тубусом эндоскопа выделен и перевязан у латеральной лодыжки. Отсечен. Швы на фасцию и кожу. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты через 7 дней. Осмотрена через 4 мес. Жалоб больная не предъявляет. Косметический эффект хороший.

По предлагаемой методике оперировано 34 больных с вторичным варикозом поверхностных вен на фоне посттромбофлебитического синдрома. У 28 больных отмечались грубые трофические

изменения кожи голени, трофическая язва в стадии ремиссии. У 6 больных эпителизации язвы в процессе предоперационной подготовки добиться не удалось. Эти больные оперированы по мере очищения язв от некротических налетов. Среди 28 больных с трофическими язвами в стадии ремиссии, оперированных по предлагаемой методике, 10 осложнений после эндоскопической обработки коммуникантных вен не наблюдалось. Отмечено гладкое течение послеоперационного периода, быстрое заживление кожных разрезов, больные выписаны из стационара в короткие сроки. У 6 больных с неэпителизовавшимися трофическими язвами перед операцией отмечено появление пышных розовых грануляций на 4-5 сут после операции, заживление язвы наступило в течение трех недель. У двух больных с трофическими язвами 10x10 см<sup>2</sup> эпителизация наступила в течение 4-5 недель.

Предлагаемый способ позволяет обеспечить радикальность оперативного вмешательства у больных варикозной болезнью и ПТФС, что является очень важным для лечения этой группы больных и профилактики послеоперационного рецидива.



Фиг. 2

Составитель С. Заринская

Техред М. Моргентал

Корректор И. Муска

Редактор Н. Бобкова

Заказ 447/9

Тираж 655

Подписное

ВНИИПИ Государственного комитета СССР

по делам изобретений и открытий

113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5

Производственно-полиграфическое предприятие, г. Ужгород, ул. Проектная, 4

Таким образом, предлагаемый способ лечения варикозного расширения вен отвечает флебологическим требованиям выполнения радикальных операций, решение его оригинально и способ оперативного вмешательства обладает преимуществами по сравнению с известными. Полученные в клинических условиях результаты применения способа операции позволяют рекомендовать его для широкого практического применения.

## Ф о р м у л а и з о б р е т е н и я

Способ лечения варикозного расширения вен, включающий окклюзию коммуникантных вен и удаление варикозно измененных поверхностных вен, отличающийся тем, что, с целью снижения травматичности, обеспечения гемостаза и улучшения косметического эффекта, операцию проводят из одного поперечного разреза, доступ к коммуникантным венам осуществляют с помощью эндоскопа, а ствол поверхностной вены вытягивают через просвет эндоскопа, при этом выделяют ее тубусом аппарата и в процессе выделения коагулируют боковые ветви.